

حسابرسی مراقبت‌های تغذیه‌ای در نوزادان نارس

حمیدرضا نجفی اناری، مریم رسولی[■]، فروزان آتش زاده شوریده، مهشید نامداری

چکیده

مقدمه: مراقبت‌های تغذیه‌ای عاملی کلیدی در افزایش میزان بقا، سلامت و تکامل نوزادان نارس بوده و با توجه به این که یکی از اهداف پرستاران بخش نوزادان برآورده کردن نیازهای تغذیه‌ای نوزادان نارس می‌باشد، آنها در این زمینه با چالش‌های زیادی مواجهند.

هدف: مطالعه حاضر با هدف ارزیابی میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری تغذیه‌ای در نوزادان نارس بستری انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، (۴۰۰) مورد مراقبت پرستاری تغذیه‌ای در نوزادان نارس مورد مشاهده و بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها، فهرست واریسی مربوط به نحوه انجام مراقبت‌های استاندارد در رابطه با تغذیه نوزادان نارس بود که براساس مرور متون و استانداردهای موجود طراحی و روایی و پایایی آن به ترتیب از طریق بررسی روایی محتوا و محاسبه ضریب توافق میان مشاهده‌گرها ($ICC = 0/95$) مورد ارزیابی قرار گرفت. روش جمع‌آوری اطلاعات، مشاهده و ثبت گزینه‌های فهرست واریسی بود که در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱ انجام شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای دو در سطح معنی‌داری ($p < 0/05$) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری تغذیه‌ای در نوزادان نارس بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های منتخب، با استاندارد ۶۸/۹ درصد ارزیابی شد. بیشترین میزان مطابقت مراقبت‌ها با استاندارد در زمینه تغذیه وریدی، ۷۶ درصد بوده و پس از آن به ترتیب آماده‌سازی محلول تغذیه وریدی ۶۸ درصد، آماده‌سازی محلول تغذیه روده‌ای ۶۴/۴ درصد و تغذیه روده‌ای ۶۳ درصد، ارزیابی گردید.

نتیجه‌گیری: برای کاهش فاصله مراقبت‌های تغذیه‌ای در نوزادان نارس با استانداردها، بکارگیری راهنمای بالینی مراقبت‌های پرستاری تغذیه‌ای نوزادان و نظارت بالینی مدیران پرستاری برای حسن اجرای آنها، پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: حسابرسی پرستاری، تغذیه، مراقبت‌های ویژه نوزادان، نوزاد نارس

حمیدرضا نجفی اناری

کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان؛
دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی
شهید بهشتی، تهران، ایران.

■ مؤلف مسؤؤل: مریم رسولی

استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم
پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
آدرس: Rassouli.m@gmail.com

فروزان آتش‌زاده شوریده

استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم
پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مهشید نامداری

دانشجوی دکترای آمار زیستی؛ گروه آمار،
دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید
بهشتی، تهران، ایران

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال دوم، دوره دوم، شماره چهارم

زمستان ۱۳۹۲

■ مقدمه

مراقبت‌های تغذیه‌ای تخصصی، به عنوان عاملی کلیدی در افزایش میزان بقا، سلامت و تکامل نوزادانی که نیازمند مراقبت‌های ویژه هستند، شناخته شده است. رشد مغز و تکامل عصبی نوزادان نارس و بیمار، تحت تاثیر مقدار و کیفیت حمایت‌های تغذیه‌ای در طی هفته‌های اول پس از تولد می‌باشد و بیشترین میزان رشد مغز به‌ویژه در نوزادان نارس، در دوران پس از تولد روی می‌دهد (۱).

مراقبت‌های تغذیه‌ای برای نوزادان نارس، که از ذخایر تغذیه‌ای جفتی محروم شده و رشد خارج رحمی سریع دارند، اهمیتی حیاتی دارد. پرستاران نوزادان می‌توانند با اطلاع از اثرات نارسی بر عملکرد سیستم گوارشی، نیازهای تغذیه‌ای ویژه نوزادان نارس و پرخطر و روش‌های انجام تغذیه، ارزیابی بهتری از وضعیت نوزادان، کنترل تغذیه‌ای آنها و پیشگیری از عوارض ناشی از شیوه‌های تغذیه‌ای جایگزین نظیر تغذیه وریدی، داشته باشند (۲). از آن جا که یکی از اهداف پرستاران شاغل در بخش‌های نوزادان، برآورده کردن نیازهای تغذیه‌ای نوزادان نارس است، آن‌ها با چالش‌های متعددی در این زمینه مواجه هستند. هم‌زمان، پرستاران نیازمند تصمیم‌گیری درباره مناسب‌ترین روش تغذیه با توجه به مرحله تکاملی هر نوزاد می‌باشند (۳).

نیازهای مختلف رشد و تکامل، منجر به گوناگونی روش‌ها در مراقبت‌های تغذیه‌ای نوزادان نارس از جمله تغذیه روده‌ای، تغذیه وریدی و تغذیه کامل وریدی گشته است (۴).

روش‌های تغذیه در نوزادان نارس شامل تغذیه وریدی و تغذیه روده‌ای می‌باشد. تغذیه وریدی برای حمایت‌های تغذیه‌ای در نوزادان نارس و پرخطر به کار می‌رود و هنگامی که تغذیه روده‌ای امکانپذیر نباشد، نیازهای تغذیه‌ای این نوزادان را بر طرف می‌کند. تغذیه روده‌ای با شیر مادر و فورمولا در نوزادان نارس انجام می‌شود. شیر مادر غذای مطلوب در نوزادان نارس محسوب می‌شود. تغذیه روده‌ای نوزادان نارس توسط یکی از روش‌های لوله بینی-معدی، دهان - معدی و لوله گاستروستومی انجام می‌شود. انتخاب نوع تغذیه روده‌ای به سن حاملگی، وزن هنگام تولد و وضعیت بالینی نوزاد بستگی دارد. شایع‌ترین روش تغذیه روده‌ای استفاده از لوله دهان یا بینی - معدی است (۲).

بخش مراقبت‌های ویژه (Neonatal Intensive Care Unit) با بیشترین چالش‌های مراقبتی روبرو است که اصلی‌ترین این

چالش‌ها، ارایه مراقبت‌های با کیفیت پایین به نوزادان می‌باشد، در مطالعه‌ای که توسط نجفی‌پور و همکاران با هدف بررسی ارایه مراقبت‌های پرستاری مرتبط با هیپوترمی در نوزادان نارس انجام گرفت، میزان مطابقت مراقبت‌های انجام شده با استانداردها در حد متوسط (۳۸ درصد) ارزیابی شد که به زعم پژوهشگران، عدم وجود ارزیابی دقیق از نحوه ارایه مراقبت، یکی از مهم‌ترین علل این کیفیت نامطلوب مراقبت تلقی می‌شود. بر این اساس رویکردهای زیادی برای تعریف مدیریت کیفیت مراقبت‌های ارایه شده به نوزادان در بخش‌های ویژه طراحی شده‌اند (۵).

حسابرسی، بخش مهم و کلیدی حاکمیت بالینی، به عنوان راهبردی جامع جهت بهبود مداوم کیفیت خدمات و رعایت بالاترین استانداردهای ممکن در نظام سلامت می‌باشد (۶).

حسابرسی پرستاری یکی از روش‌های دقیق کنترل می‌باشد که از طریق آن، نقاط ضعف و قوت مراقبت‌های پرستاری مشخص می‌گردد و در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان که پرستاران اولین کسانی هستند که خطرات بالقوه و موقعیت‌های بحرانی نوزادان را تشخیص داده و در جهت رفع آن اقدام می‌نمایند، این موضوع اهمیت بیشتری دارد. بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان در تعامل کامل با تکنولوژی، از رشد لحظه‌ای برخوردارند، بنابراین برای افزایش توانمندی و ارتقای کیفیت خدمات پرستاری، باید آگاهی و عملکرد پرستاران این بخش‌ها مورد ارزیابی دقیق قرار گیرد. توجه به تاثیر اجرای دقیق مراقبت‌های پرستاری در سلامت نوزادان و ارایه بازخورد از پیامدهای عملکرد پرستاران به آنها، علاوه بر ایجاد انگیزه برای تلاش در جهت ارتقای فرایندهای مراقبتی، آنان را قادر می‌سازد تا با برنامه‌ریزی صحیح در ابعاد مختلف مراقبت پرستاری، به‌ویژه در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، که کمتر مورد توجه قرار گرفته است، کیفیت ارایه خدمت به نوزادان را ارتقاء بخشند. کیفیت مراقبت‌های پرستاری به وسیله استانداردهای اقدامات بالینی تشریح شده و یکی از روش‌های متداول برای بهبود و ارزشیابی کیفیت، حسابرسی است. با عنایت به اهمیت تغذیه در نوزادان نارس و لزوم حسابرسی مراقبت‌های مرتبط، لازم است وضعیت فعلی تغذیه نوزادان نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، بر اساس چک‌لیست تدوین شده مطابق با استانداردهای موجود ارزشیابی گردیده و با آگاهی از شرایط موجود و برآورد فاصله مراقبتی با استانداردها، مشکلات مراقبتی استخراج شود، بدین ترتیب می‌توان پیشنهادات مناسب

عادت داشته و حضور پژوهشگر سبب ایجاد رفتار نمایشی در آنها نمی‌گردد ضمن این که نوزادان با درجات مختلف نارس در این بخش‌ها بستری می‌شوند. جهت جمع‌آوری اطلاعات مربوط به مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس، از یک فهرست وارسی (Check list) استفاده شد که خود شامل چهار قسمت جداگانه، حاوی اطلاعات مربوط به نحوه انجام مراقبت‌های استاندارد در رابطه با تغذیه نوزادان نارس بوده و بر اساس استانداردهای موجود در کتب مرجع پرستاری و پزشکی، مقالات موجود در سایت‌های معتبر علمی دنیا و دستورالعمل‌های موجود تدوین گردید:

فهرست وارسی شماره ۱، در رابطه با مراقبت‌های پرستاری در نوزاد تحت تغذیه روده‌ای شامل ۴۵ عبارت بود که برخی از عبارات آن به قرار ذیل است: - شستن دست‌ها قبل از تغذیه انجام می‌شود. - از صحت محل لوله پس از لوله گذاری و قبل از انجام هر بار تغذیه اطمینان حاصل می‌شود. - لوله معده به روش صحیح اندازه گیری می‌شود (از پل بینی تا لاله گوش یا محل بین زایفوئید و بند ناف).

فهرست وارسی شماره ۲، در رابطه با آماده‌سازی محلول تغذیه روده‌ای که شامل ۱۲ عبارت بود که برخی از عبارات آن به قرار ذیل است: - برای آماده کردن فورمولا از آب استریل خنک استفاده می‌شود. - محلول تغذیه قبل از گاوژ کردن، تکان داده می‌شود. - ظرف محلول تغذیه برای هر نوزاد به صورت جداگانه استفاده می‌شود.

فهرست وارسی شماره ۳، در رابطه با مراقبت‌های پرستاری در نوزاد تحت تغذیه وریدی که شامل ۴۰ عبارت بود که برخی از عبارات آن به قرار ذیل است: - قبل از انجام تغذیه وریدی دست‌ها شسته می‌شوند. - رابط‌های محلول تزریقی هر ۲۴ ساعت تعویض می‌شوند. - رابط‌های محلول تزریقی برچسب تاریخ زده می‌شوند. - ساعت شروع و خاتمه محلول تزریقی در پرونده ثبت می‌شوند.

فهرست وارسی شماره ۴، در رابطه با آماده‌سازی محلول تغذیه وریدی که شامل ۹ عبارت بود که برخی از عبارات آن به قرار ذیل است: - قبل از آماده سازی محلول تغذیه وریدی دست‌ها شسته می‌شوند. - قبل از آماده سازی محلول تغذیه وریدی دستکش پوشیده می‌شود. - محلول‌های تغذیه کامل وریدی در یخچال نگهداری می‌شوند. - از انفوزیون اینترالیپید با سایر داروها

را با توجه به امکانات موجود جهت ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و پیشگیری از عوارض تغذیه‌ای در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان ارائه نمود. هدف از انجام این مطالعه، تعیین میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان با استانداردهای موجود، در مراکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱ بوده است.

■ مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی است که به منظور تعیین میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان با استانداردهای موجود، در مراکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از ابتدای تیرماه تا انتهای مهرماه سال ۱۳۹۱ انجام شده است.

جامعه پژوهش این مطالعه شامل تمامی مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس بود. تعداد ۴۰۰ مورد مراقبت، به دو شیوه نمونه‌گیری زمانی (Time sampling) و نمونه‌گیری از رویداد (Event sampling) انتخاب شدند. در نمونه‌گیری زمانی، مشاهده‌ها در زمان‌های خاصی که رویداد مورد نظر به صورت ثابت در آن زمان اتفاق می‌افتد انجام می‌شود؛ براین اساس، در پژوهش حاضر، در ساعاتی که به طور معمول تغذیه نوزادان در آن زمان انجام می‌شد، نحوه انجام مراقبت توسط پژوهشگر ثبت می‌گردید.

در نمونه‌گیری از رویداد که به دانش پژوهشگر نسبت به موقعیت و شرایط خاصی که رویداد مورد نظر در آن شرایط اتفاق می‌افتد، وابسته است، مشاهده‌ها در موقعیت‌های خاص اتفاق می‌افتد و لذا لازم است پژوهشگر در آن موقعیت برای ثبت مشاهده‌ها، حضور داشته باشد. در این پژوهش، رویدادها مربوط به مواردی بوده است که نوزاد در بخش پذیرش شده و توسط پزشک برای وی تغذیه روده‌ای یا وریدی شروع می‌گردد و یا شرایطی که نوزاد از وضعیت NPO خارج شده و دستور شروع تغذیه روده‌ای برای وی در نظر گرفته می‌شد که در این موارد، پژوهشگر مراقبت انجام شده را ثبت می‌کرد (۷).

محیط پژوهش در این مطالعه، بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های منتخب که مراکز فوق تخصصی نوزادان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی هستند، بوده است. دلیل انتخاب این مراکز این بود که پرستاران این بخش‌ها به حضور دانشجویان

خودداری می‌شود.

این فهرست‌ها به لحاظ معیار شامل دو قسمت: ۱- بله (که خود شامل "درست انجام می‌شود" و "درست انجام نمی‌شود") و ۲- خیر بود. در این پژوهش جهت تعیین روایی ابزار گردآوری اطلاعات، از شاخص روایی محتوا و روایی صوری استفاده شد. به این منظور، سؤالات از طریق مطالعه کتب و مقالات و همچنین، پروتکل‌ها و استانداردهای موجود و با نظر اساتید راهنما و مشاور طرح، طراحی شده و سپس توسط ۱۵ نفر از متخصصین و اعضای هیئت علمی پرستاری و فوق تخصص‌های نوزادان از نظر مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن محتوای سؤالات مورد قضاوت و بررسی قرار گرفت و نظرات بعد از جمع بندی، در فهرست‌های واری عمل گردید.

جهت بررسی پایایی چک‌لیست‌ها، از روش پایایی میان مشاهده‌گرها استفاده شد. به این منظور چک‌لیست‌ها در اختیار مشاهده‌گر دومی که از نظر دقت عمل، مهارت، دانش و آگاهی همانند پژوهشگر بود قرار داده شد. دو مشاهده‌گر فرم‌ها را برای ۱۰ نوزاد هم زمان تکمیل کرده و بین نمرات حاصل از فهرست‌های دو مشاهده‌گر، ضریب همبستگی درون طبقه‌ای محاسبه گردید ($ICC = 0/95$).

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از ذکر نام بیمارستان‌ها در نتایج پژوهش خودداری گردید و در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات به مسؤولین اطمینان داده شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، پس از اخذ معرفی‌نامه کتبی از مسؤولین دانشکده و دانشگاه، پژوهشگر خود را به مراکز منتخب پژوهش معرفی نمود و اجازه مسؤولین را اخذ نمود، سپس با در دست داشتن فهرست‌های واری، در دو شیفت صبح و عصر به عرصه‌های انجام پژوهش مراجعه کرده و مشاهده‌ای ساختار یافته از ارایه مراقبت‌هایی که در رابطه با تغذیه نوزاد نارس انجام می‌شد، به عمل آورد و نتیجه مشاهده‌ها را به صورت انتخاب گزینه‌های فهرست واری ثبت نمود.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، اطلاعات به دست آمده از فهرست‌های واری استخراج شد و داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ به ترتیب با کدهای ۰-۱-۲ به صورت داده‌های کمی وارد گردید. ابتدا نمرات کلی هر یک از فرم‌ها محاسبه گردید؛ سپس نمرات حاصله به درصد تبدیل و امتیازات برای هر فرم، محاسبه و در سه دسته (۰-۴۹)، (۵۰-۷۴) و (۷۵-۱۰۰) طبقه

بندی شد. با توجه به این که وزن عبارات موجود در چک‌لیست‌ها، یکسان نبوده و وزن دهی صورت نگرفته است، طبقه بندی امتیازات به "ضعیف"، "متوسط" و "خوب" از نظر تئوریک صحیح نیست ولی به منظور تسهیل در ارایه یافته‌ها و نتیجه‌گیری، این تقسیم بندی صورت گرفته است. برای نمایش و تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی (فراوانی و درصد) و آزمون کای دو استفاده شد و نتایج به صورت جداول توزیع فراوانی یک بعدی و دو بعدی، درصد و نمودار نشان داده شد. سطح معنی داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

■ یافته‌ها

در پژوهش حاضر، نظر به این که مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس، مورد نظر بوده است، علی‌رغم این که نمونه‌گیری از نوزادان صورت نگرفته بود، برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نوزادان مشاهده شده، نظیر سن جنینی، وزن هنگام تولد و سن پس از تولد که ارتباط مستقیم با وضعیت تغذیه‌ای نوزاد داشتند، بررسی و توصیف گردید.

سن جنینی $41/6$ درصد از نوزادان مورد مشاهده در زمان تولد بین $26-34$ هفته بود. $40/2$ درصد از نوزادان مورد مشاهده در زمان تولد $2000-1500$ گرم وزن داشتند. سن پس از تولد $33/1$ درصد نوزادان مورد بررسی بین $7-2$ روز بود.

در این پژوهش، مقایسه میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس با استانداردها، در ۴ حیطه تغذیه روده‌ای، تغذیه وریدی، آماده‌سازی محلول تغذیه روده‌ای و آماده‌سازی محلول تغذیه وریدی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان انجام شد. از آن‌جا که تبدیل داده‌های کمی به داده‌های کیفی و قرار دادن این داده‌ها در طبقاتی که به نوعی، منجر به ارزش گذاری و یا قضاوت می‌شود، توصیه نمی‌گردد (۸)، نتایج این پژوهش به صورت کمی گزارش شده است. مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس در رابطه با کل مراقبت‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان $74-50$ ($68/9$ درصد) ارزیابی شد. بیشترین میزان مطابقت مراقبت‌ها با استاندارد در رابطه با تغذیه وریدی بین $100-75$ ($76/2$ درصد) و پس از آن به ترتیب آماده‌سازی محلول تغذیه روده‌ای بین $74-50$ (68 درصد)، آماده‌سازی محلول تغذیه وریدی بین $74-50$ (64 درصد) و تغذیه روده‌ای بین $74-50$ (63 درصد) ارزیابی گردید.

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بیشترین میزان مطابقت

جدول ۱. وضعیت اجرای استانداردهای مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان

نمره	۵۰<		۵۰-۷۴		۷۵-۱۰۰		نوع مراقبت
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۶۳/۰	۳۸/۵	۷۷	۵۰/۵	۱۰۱	۱۱/۰	۲۲	تغذیه روده‌ای
۷۶/۲	۰۰/۰	۰	۴۵/۰	۹۰	۵۵/۰	۱۱۰	تغذیه وریدی
۶۸/۰	۰۰/۰	۰	۶۳/۵	۱۲۷	۳۶/۵	۷۳	آماده‌سازی محلول تغذیه روده‌ای
۶۴/۰	۶/۰	۱۲	۶۳/۵	۱۲۷	۳۰/۵	۶۱	آماده‌سازی محلول تغذیه وریدی
۶۸/۹	۴۴/۵	۸۹	۵۵/۶۲	۴۴۵	۳۳/۲۵	۲۶۶	جمع

■ بحث

در این پژوهش که با هدف تعیین میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان با استانداردهای موجود، در مراکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱ انجام شد، مراقبت‌های مرتبط با انجام تغذیه در نوزادان نارس، در چهار حیطه تغذیه وریدی، تغذیه روده‌ای، آماده‌سازی محلول تغذیه وریدی و آماده‌سازی محلول تغذیه روده‌ای، مورد بررسی قرار گرفت. امتیاز مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و در کل حیطه‌های پژوهش ۷۴-۵۰ (۶۸/۹ درصد) بود. در یک مطالعه حسابرسی که به منظور بررسی میزان مطابقت مراقبت‌های مرتبط با پیشگیری از هیپوترمی نوزادان انجام شد، میزان انطباق مراقبت‌ها با استانداردهای موجود، در حیطه‌های مختلف پژوهش در حد متوسط (۳۸ درصد) گزارش شده است (نظیر اندازه‌گیری دمای بدن نوزاد پیش از استحمام، آماده کردن وارمر پیش از استفاده و در دسترس قرار دادن حوله و ملحفه گرم) (۹). در مطالعه دیگری که با هدف حسابرسی مراقبت‌های پرستاری در نوزادان مبتلا به سندرم دیسترس تنفسی بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران انجام شد، مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه این نوزادان در حد متوسط (۵۶ درصد) بوده است که به زعم این پژوهشگر، مراقبت‌ها با استانداردها فاصله زیادی داشته و لذا نیاز به آموزش و به دنبال آن بررسی‌های دوره‌ای وجود دارد (۱۰). از مقایسه یافته‌های این پژوهش با مطالعات صورت گرفته چنین

مراقبت‌ها با استاندارد در رابطه با تغذیه وریدی ۷۶/۲ درصد بود و پس از آن به ترتیب آماده‌سازی محلول تغذیه روده‌ای ۶۸ درصد، آماده‌سازی محلول تغذیه وریدی ۶۴/۴ درصد و تغذیه روده‌ای ۶۳ درصد ارزیابی گردید.

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس در رابطه با کل مراقبت‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان ۶۸/۹ درصد ارزیابی شد. بیشترین میزان مطابقت مراقبت‌ها با استاندارد در چک‌لیست تغذیه وریدی ۷۶ درصد بوده و پس از آن به ترتیب چک‌لیست آماده‌سازی محلول تغذیه وریدی ۶۸ درصد، چک‌لیست آماده‌سازی محلول تغذیه روده‌ای ۶۴/۴ درصد و چک‌لیست تغذیه روده‌ای ۶۳ درصد بود. مطابقت اجرای مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه وریدی نوزادان نارس با استانداردها، در مقایسه با مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه روده‌ای، بیشتر بوده که این اختلاف، از نظر آماری نیز معنی دار گزارش شده است ($P=0/0001$). در مقایسه میزان اجرای استانداردهای مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس در زمینه آماده‌سازی محلول تغذیه روده‌ای و آماده‌سازی محلول تغذیه وریدی اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P=0/869$). در پژوهش حاضر، ۷۰ درصد پرستاران قبل از انجام تغذیه عمل شست و شوی دست‌ها را انجام نمی‌دادند. همچنین، برای پیشگیری از آسیب به مخاط بینی و حلق نوزادان، لازم است پیش از وارد کردن لوله دهانی - معدی، آن را با ژل محلول در آب آغشته کرد، درحالی که ۹۸/۵ درصد پرستاران این عمل را انجام نمی‌دادند. ۹۸ درصد پرستاران از لوله متناسب با جثه نوزادان استفاده کرده و ۸۹ درصد پرستاران از مشارکت والدین در انجام تغذیه استفاده نمی‌کردند.

جدول ۲. میزان اجرای استانداردهای مراقبت‌های مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس در رابطه با تغذیه در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

وضعیت	امتیاز (درصد)	درصد	تعداد	نوع مراقبت	
				درست انجام می‌شود	تغذیه روده‌ای
۵۰-۷۴	۶۳/۰	۴۸/۷	۴۳۸۲	درست انجام می‌شود	تغذیه روده‌ای
		۱۴/۶	۱۳۱۲	درست انجام نمی‌شود	
		۳۶/۷	۳۳۰۶	انجام نمی‌شود	
۷۵-۱۰۰	۷۶/۲	۶۶/۲	۵۲۹۸	درست انجام می‌شود	تغذیه وریدی
		۲۰/۰	۱۶۰۰	درست انجام نمی‌شود	
		۱۳/۸	۱۱۰۲	انجام نمی‌شود	
۵۰-۷۴	۶۸/۰	۶۳/۴	۱۵۲۸	درست انجام می‌شود	آماده‌سازی محلول تغذیه روده‌ای
		۹/۳	۲۲۵	درست انجام نمی‌شود	
		۲۷/۳	۶۵۹	انجام نمی‌شود	
۵۰-۷۴	۶۴/۴	۵۶/۶	۱۰۱۹	درست انجام می‌شود	آماده‌سازی تغذیه وریدی
		۱۵/۶	۲۸۱	درست انجام نمی‌شود	
		۲۷/۸	۵۰۰	انجام نمی‌شود	
۵۰-۷۴	۶۸/۹	امتیاز و وضعیت کلی			

رودهای دانست (۱۲). همچنین، به زعم پژوهشگران، این اختلاف را می‌توان در تفاوت میان ماهیت تغذیه روده‌ای و وریدی، جست و جو کرد. تغذیه وریدی به دلیل حساسیت ویژه سیستم گردش خون و خطر سپسیس، در مقایسه با تغذیه روده‌ای که از طریق سیستم گوارش صورت می‌پذیرد، از اهمیت بیشتری برخوردار بوده و لذا پرستاران، دقت و تلاش بیشتری برای عملکرد مبتنی بر استاندارد در این زمینه به عمل می‌آورند.

در پژوهش حاضر، بیشتر پرستاران قبل از انجام تغذیه عمل شست و شوی دست‌ها را انجام نمی‌دادند. در مطالعه‌ای که با هدف بهداشتی کردن دست پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد، یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که درصد موقعیت‌هایی که پرستاران در آن اقدام به بهداشتی کردن دست‌ها نموده‌اند بسیار کمتر از حد انتظار بوده است؛ این موضوع می‌تواند با عدم دسترسی به لوازم بهداشتی کردن دست، عادت کردن به کارهای معمول و عدم آگاهی پرستاران از اهمیت شستشوی دست‌ها، در ارتباط باشد (۱۳).

از دیگر یافته‌های این پژوهش، می‌توان به بی‌توجهی پرستاران نسبت به اهمیت مراقبت خانواده محور و تاکید بر جلب مشارکت اعضای خانواده در مراقبت از نوزاد، اشاره نمود. بر اساس عبارت

بر می‌آید که کیفیت مراقبت از نوزادان در حیطة‌های مختلف، با استانداردها فاصله داشته است و این مسئله به خصوص در نوزادان نارس که به دلایل متعدد آسیب پذیرتر می‌باشند، از اهمیت بیشتری برخوردار است. از دیدگاه پژوهشگر این موضوع می‌تواند نشان دهنده اهمیت آموزش موارد فوق جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های روتین نوزادی خصوصاً مراقبت‌های تغذیه‌ای باشد.

اگرچه به نظر می‌رسد نادردها گرفتن اهمیت مراقبت‌های تغذیه‌ای، صرفاً در بخش‌های ویژه نوزادان نبوده و در سایر بخش‌های ویژه نیز کمابیش دیده می‌شود. در مطالعه‌ای که با هدف حسابرسی مراقبت‌های پرستاری در بیماران دارای تغذیه کامل وریدی در بخش مراقبت‌های ویژه در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام شد، اکثریت واحدهای مورد پژوهش مراقبت‌های مطلوبی دریافت نداشته‌اند. اختلال تغذیه، عدم تعادل آب و الکترولیت‌ها و انسداد کاتتر مهم‌ترین عوارض تغذیه کامل وریدی بودند (۱۱).

در پژوهش حاضر، مطابقت اجرای مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه وریدی نوزادان نارس با استانداردها، در مقایسه با مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه روده‌ای، بیشتر بوده که علت آن را می‌توان عدم آگاهی پرستاران از دستورالعمل‌های تغذیه

از آنجا که در این پژوهش صرفاً به بررسی میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس با استانداردها پرداخته شده است نه دلایل عدم رعایت استانداردها، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش دیگری به بررسی علل عدم رعایت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه نوزادان پرداخته شود. بکارگیری راهنمای بالینی مراقبت‌های پرستاری تغذیه‌ای نوزادان و نظارت بر حسن اجرای آن، یکی از گام‌های ابتدایی برای نیل به هدف مراقبت‌های تغذیه‌ای نوزادان خواهد بود.

■ تشکر و قدرانی

این پژوهش، پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی‌ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان و طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بوده است. پژوهشگران، بدین وسیله از مسؤولین دانشکده پرستاری و مامایی و بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کلیه همکارانی که در این طرح مشارکت و همکاری داشته‌اند، قدرانی می‌نمایند.

شماره ۳۳ از چک‌لیست تغذیه روده‌ای، بیشتر مشاهده‌های انجام شده (۸۸/۵ درصد)، حاکی از آن بود که پرستاران از مشارکت والدین در انجام تغذیه در نوزادان نارس استفاده نمی‌کردند. در مطالعه‌ای که با هدف تعیین و مقایسه موانع حضور والدین هنگام انجام رویه‌های تهاجمی نوزادان از دیدگاه پرستاران، پزشکان و والدین، در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد انجام شد نیز کمترین میزان موافقت با حضور والدین به ترتیب در پرستاران وجود داشته است (۱۴)

■ نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش می‌تواند بیانگر این مطلب باشد که ارایه‌دهندگان مراقبت، در مورد مراقبت‌های تغذیه‌ای نوزادان فاصله با استانداردها دارند، که ممکن است علت این امر را به عدم توجه مراقبت‌کنندگان در این خصوص و نارسایی در آموزش و نظارت بالینی مدیران پرستاری نسبت داد، به طوری که به نظر می‌رسد در بیشتر مواقع، مراقبت‌های تغذیه‌ای جزء برنامه مراقبتی معمول نمی‌باشد.

■ References

1. Goldsmith J, Karotkin E, editors. Assisted Ventilation of The Neonate. 5th edition ed. Louisiana: Mosby Elsevier; 2011.
2. Verklan M, Walden M, editors. Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing. 4th edition ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2010.
3. Neo J. Aggressive nutritional support and nutritional adjuncts for premature and critically ill neonates. Journal of Acta pharmacological sinica. 2002;23(1):19-21.
4. Ben XM. Nutritional management of newborn infants: practical guidelines. World Journal of Gastroenterology . 2008;14(40):6133-9.
5. Terblanche M, Adhikari NK. The evolution of intensive care unit performance assessment. Journal of Critical Care Nursing. 2006;21(1):19-22.
6. Marquis BL, Huston CJ, editors. Leadership Roles and Management Function in Nursing Theory and Applications. 2nd edition ed. Philadelphia: Lippincott; 2012.
7. Polit D, Beck T. Nursing Research Appraising Evidence for Nursing Practice. Philadelphia: Woltors Kluwer! Lippincott Williams; 2010.
8. Streubert H, Carpenter D, editors. Qualitative Research in Nursing: advancing the humanistic imperative. 4 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
9. Najafipoor S, Rassuli M. Assessing preventive cares regarding neonatal hypothermia and comparing it with standards at Shahid Beheshti Medical Sciences University selected hospitals in 2011. Tehran: Shahid Beheshti Medical Sciences University; 2012. [Persian]
10. Jaloo Z, pazargadi M. Auditing Nursing cares regarding neonatal distress syndrom and comparing it with standards at Shahid Beheshti Medical Sciences University selected hospitals in 2009. Tehran: Shahid Beheshti Medical Sciences University; 2009. [Persian]
11. Baktash S, Shahnazarian G. Auditing Nursing cares regarding TPN in ICU and comparing it with standards at Medical

Sciences University of Tehran selected hospitals in 1995. Tehran: Shahid Beheshti Medical Sciences University; 1995. [Persian]

12. Babita G., Pramendra A., Kapil S., Vikas Y., Roshni D., Shally K., MC M. Enteral nutrition practices in the intensive care unit. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*. 2012;28(1):41-4.

13. NAZARI R. Study of hand hygiene behavior among nurses in Critical Care Units. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2011;4(2):93-6. [Persian]

14. MS, FA. Nurses, doctors and parents view point about barriers of parent's attendance during neonatal invasive procedures in training centers of Gonabad University of medical Sciences in 2012. Gonabad: Shaheed Beheshti Medical University; 2012. [Persian]

Auditing preterm neonatal nutrition nursing care

Hamidreza Najafi Anari, Maryam Rassouli[■], Forozan Atashzadeh Shourideh, Mahshid Namdari

Najafi Anari H.

MSc, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

■ Corresponding author:

Rassouli M.

PhD, Assistant professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Address: Rassouli.m@gmail.com

Atashzadeh Shourideh F.

PhD, Assistant professor, Shahid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran.

Namdari M.

PhD Candidate; Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Introduction: Preterm neonatal nutrition nursing care is a key factor for increasing of chance of life, health and development of preterm neonates. Since, one of the responsibilities of neonatal nurses considered meeting neonatal nutritional needs that might be they are faced with many challenges.

Aim: The aim of this study was to investigate nursing care conformity rate with existing standards, regarding preterm neonatal nutrition.

Method: In this descriptive study (400) preterm neonatal nutrition nursing care were observed and assessed. Data collected using a checklist included standard cares regarding to preterm neonatal nutrition, which was developed according to reviewing literature and existing standards. Content validity and inter rater coefficient reliability (ICC=0.95), were calculated for checklists. Data collection method was observation and documented all of nutritional nursing cares that carried out in NICU in 2012. These wards were in selected hospitals which affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Data analyzed by X2 and other statistical methods in ($p < 0.05$).

Results: Conformity rate of preterm neonatal nutrition nursing care in NICU wards of selected hospitals was evaluated (68.9%). The most conformity rate with standards was evaluated in parenteral nutrition (76%) and then preparing parenteral nutrition solutions (68%), preparing enteral nutrition solutions (64.4%) and enteral nutrition (63%) respectively.

Conclusion: For diminishing the gap between nursing standards and current preterm neonatal nutrition nursing care in NICU wards applying clinical guideline in neonatal nutrition nursing care and clinical supervision by nurse managers for optimizing their implementation are suggested.

Key words: nursing audit, nutrition, preterm neonates, neonatal intensive care

**Nursing
Management**

Quarterly Journal of Nursing Management

Second Year, Vol 2, No 4, Winter 2013